

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1913

N°

420

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LE

Lichen plan zoniforme

PAR

Roger LACLYDE

NÉ A CHAMPNIERS (DORDOGNE), LE 1^{er} MAI 1884

Président : M. le Professeur GAUCHER

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

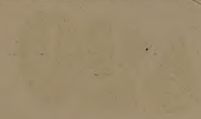
26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (VI^e)

1913

420

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY



LIBRARY

1911

1911

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY

LIBRARY

LIBRARY

LIBRARY

LIBRARY

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1913

N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

LE

Lichen plan zoniforme

PAR

Roger LACLYDE

NÉ A CHAMPNIERS (DORDOGNE), LE 1^{er} MAI 1884



Président : M. le Professeur GAUCHER

PARIS
LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (VI^e)

1913

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		WEISS
Chimie organique et chimie générale		DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		ACHARD
Pathologie médicale		WIDAL
Pathologie chirurgicale		TEISSIER
Anatomie pathologique		LEJARS
Histologie		PIERRE MARIE
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		BROCA
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		MARFAN
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		LETULLE
		ROGER
		GILBERT
Clinique médicale		DEBOVE
		LANDOUZY
		CHAUFFARD
Maladies des enfants		HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		DEJERINE
		PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale		QUENU
		RECLUS
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		LEGUEU
		BAR
Clinique d'accouchements		PINARD
		RIBEMONT-DES
		SAIGNES
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantine		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		A. ROBIN
Agrévés en exercice		
MM.		
BALTHAZARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX
BRANCA	GRÉGOIRE	LERI
BRINDEAU	GUENIOT	LÖPER
BROCA ANDRÉ	GUILLAIN	MACAIGNE
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN
CARNOT	LABBE MARCEL	MULON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVAS-	NOBECOURT
CLAUDE	TINE	OKINCZYC
COUVELAIRE	LECÈNE	OMBREDANNE
		PROUST
		RATHERY
		REITTERER
		RICHAUD
		ROUSSY
		ROUVIERE
		SCHWARTZ
		SICARD
		TERRIEN
		TIFFENEAU
		ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

Modeste témoignage de ma reconnaissance

A MA FEMME AIMÉE

A MON JEUNE FILS

A MES BEAUX-PARENTS

A MA GRAND'TANTE

MEIS ET AMICIS

A NEW METHOD OF

TEACHING THE CHILDREN

TO READ AND WRITE

BY THE AUTHOR

A NEW METHOD OF

TEACHING THE CHILDREN

TO READ AND WRITE

BY THE AUTHOR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital St-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'hon-
neur d'accepter la présidence
de notre thèse.*

Avant d'arriver au terme de nos études médicales, nous tenons à remercier ici tous nos maîtres de l'Ecole de Médecine de Limoges, qui nous ont inculqué les premières notions de médecine et de chirurgie, et nos maîtres de la Faculté de Médecine de Paris qui nous ont perfectionné dans cet enseignement.

Nous remercions tout particulièrement M. le docteur DRUELLE, ex-chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, de la bonne grâce avec laquelle il nous a prodigué ses conseils, et des deux observations pleines d'intérêt qu'il a bien voulu nous communiquer.

INTRODUCTION

Avant de décrire le Lichen plan zoniforme en particulier, nous allons donner quelques détails sur le lichen plan en général, que BAZIN avait appelé, dans la première description de l'affection : lichen à papules déprimées.

Nous ne rentrerons pas ici dans les interminables discussions qui eurent lieu au sujet du lichen plan. Nous concluerons, avec M. le Professeur GAUCHER, à l'existence de deux variétés de lichen : l'une, inconnue en France, qu'on a appelée « lichen ruber acuminatus » ; l'autre, qu'on y rencontre assez fréquemment, et qu'Erasmus WILSON a désignée sous le nom de « lichen planus ». Ce fut cet auteur qui, le premier, consacra une étude approfondie à cette dermatose. C'est pour cette raison qu'on désigne parfois cette affection sous le nom de lichen de Wilson.

SYMPTOMATOLOGIE

Voici la description du Lichen plan donnée par M. le Professeur Gaucher : « Le Lichen plan est caractérisé par de petites papules dures, sèches, rouges, franchement rouges ou d'un rouge jaunâtre, aplaties et brillantes, ordinairement polygonales (légèrement déprimées au centre, tantôt isolées, tantôt groupées sous forme de plaques d'étendue variable ». A leur apparition ces papules sont difficilement décelables, car elles ont à peine la dimension d'une pointe d'aiguille : on a besoin de les observer très attentivement à la loupe pour les découvrir ; leur apparition est soudaine la plupart des cas, mais elle peut être précédée de démangeaisons. Peu à peu, elles augmentent de volume (quelques-unes cependant ne changent pas); mais elles ne dépassent jamais la grosseur d'un grain de chénevis ; leur dimension moyenne varie entre 1 et 2 millimètre de diamètre ; arrivées à ce

stade de leur développement, elles restent stationnaires, mais elles peuvent augmenter en nombre et voilà comment leur délimitation, qui était très nette au début l'est bien moins à la fin de leur évolution ; alors, au lieu de papules isolées on voit l'aspect en plaques dont nous avons déjà parlé. Ces plaques atteignent généralement la dimension de 1 centimètre de diamètre. Le plus souvent, on remarque au centre de la papule une petite ombilication « qui est due à la présence d'un follicule pileux ou qui n'est que la trace d'un orifice glandulaire. » (Gaucher).

Quand les papules sont arrivées par leur confluence à former des plaques qui sont légèrement surélevées par rapport aux téguments, on voit leur surface se recouvrir de fines squames grisâtres très adhérentes, rendues plus perceptibles par le grattage ; si ces squames font défaut ou si on les fait tomber, on voit à la surface des téguments des stries blanches « qui sillonnent en tous sens leur surface sous la forme de petites bandes », Wickham (*Annales de Dermatologie et siphiligraphie* 1895 page 517), et que cet auteur a considérées comme un signe pathognomonique du Lichen plan.

Ces papules provoquent des démangeaisons parfois très faibles, mais pouvant aller jusqu'à troubler le sommeil, surtout chez les personnes nerveuses. D'ailleurs, il faut bien dire que presque toutes les personnes qui viennent consulter pour du Lichen plan sont des névropathes, et l'évolution et les phé-

nomènes subjectifs de leur dermatose varient avec l'état de leur système nerveux. Un gros agent d'extension de la maladie est le prurit et le grattage ; le malade ne pouvant plus supporter les démangeaisons intolérables que leur occasionnent leur maladie, se grattent jusqu'à provoquer l'excoriation des téguments ; aux points excoriés, on voit alors se produire toute une série de papules qui provoquent l'extension de l'éruption. Parfois même ce grattage continu provoque une induration de la peau avec épaissement qui peut induire en erreur pour le diagnostic.

Du Lichen plan zoniforme en particulier.

— Après cette étude succincte du Lichen plan en général, nous allons examiner une forme particulière de cette dermatose : le Lichen plan zoniforme auquel on a donné aussi le nom de Lichen planus striatus de Crocker. Les observations que nous reproduisons plus loin, mettent hors de doute la possibilité pour le lichen plan de se disposer en bandes linéaires ; elles rappellent alors les dispositions qui caractérisent les zonas, d'où le nom de Lichen plan zoniforme qu'on leur a donné.

L'éruption dans ce cas a comme point de prédilection la partie postérieure du membre inférieur ; mais nous verrons par les différentes observations que nous publions qu'elle peut se développer sur d'autres parties du corps

Au membre inférieur, le Lichen plan zoniforme

figure une trainée linéaire verticale, partant de la fesse, descendant le long de la face postérieure de la cuisse, gagnant le creux poplité, la face postérieure de la jambe et s'arrêtant au-dessus du talon.

Dans l'observation de Minot que nous publions l'éruption occupe une partie de thorax et le bras.

DJELADEDDIN-MOUKTAR a publié un cas dans lequel l'éruption siégeait sur le flanc, la fesse, la jambe et le pied gauche ; elle était groupée en 3 rubans de la largeur d'un doigt environ.

SEQUEIRA a observé chez un enfant de 6 ans un petit Lichen plan linéaire vers le pli de l'aîne.

STOWERS en a décrit un chez un enfant de 5 ans allant du pubès à la cheville.

E. FOURNIER et PARIS ont présenté la 4 juillet 1901 à la société française de Dermatologie et de Syphiligraphie un cas de Lichen plan zoniforme siégeant sur la partie gauche du tronc et occupant le même territoire qu'un zona thoracique supérieur.

Dans tous ces faits les éléments formaient par leur groupement des bandes de quelques millimètres à 2 ou 3 centimètres de large, parfois assez régulièrement linéaires, plus souvent ça et là interrompus, légèrement divisés et présentant par endroits des éléments aberrants. Quand elles siègent sur les membres ces bandes sont toujours dirigées suivant l'axe du membre.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Le Lichen plan est une maladie de l'âge adulte ; elle est rare dans l'enfance et la vieillesse ; cependant, comme nous l'avons dit plus haut, on a constaté quelques cas de Lichen plan linéaire chez des jeunes enfants.

La maladie se développe surtout chez les arthritiques nerveux et à la suite de violentes émotions, de chagrin, de préoccupation ; parfois, cependant, cette origine émotive fait défaut.

En résumé l'étiologie du Lichen pian est imparfaitement connue ; on peut dire qu'il n'est pas contagieux et que l'hérédité ne paraît pas être en cause.

Plusieurs théories pathogéniques ont été émises au sujet de la disposition en bandes du Lichen plan zoniforme. Nous allons brièvement les passer en revue.

I. Théorie vasculaire. — Cette théorie n'est pas soutenable, car le trajet des bandes ne semble

pas suivre ni les veines, ni les artères, ni les lymphatiques.

II. Théories nerveuses. — Elles sont au nombre de trois :

1^o Ruban linéaire répondant à la projection d'un nerf. — Les auteurs ont naturellement pensé à la possibilité pour le Lichen plan zoniforme d'évoluer suivant le trajet d'un nerf ; en effet dans un grand nombre d'observations les trainées linéaires répondent dans une certaine mesure à cette théorie pathogénique mais quelques cas cependant semblent ne pas pouvoir s'y rapporter. Grelault dans sa thèse 1900-1901 reproduit une observation dans laquelle la concordance du ruban avec un trajet nerveux n'existait pas.

La bande linéaire semblait suivre assez exactement le trajet du nerf cubital à l'avant-bras, mais au bras on pouvait voir des éléments éruptifs disposés en bouquets qui ne répondaient pas au trajet du nerf cubital, et ne pouvaient répondre à ses branches puisque ce nerf n'en fournit pas au bras.

Dans une observation de DJELADEDIN-MOUKTAR, le trajet suivi par le Lichen serait successivement celui du grand nerf sciatique, du sciatique poplité externe, du nerf tibial antérieur et de sa branche interne de division.

Devant ces observations contradictoires, il fallait donc chercher une nouvelle théorie expliquant plus parfaitement la pathogénie de Lichen, plan en bandes.

2^e *Théorie de Philipson*. — C'est alors que PHILIPSON émit la théorie basée sur la notion des lignes de Voigt.

Les lignes de Voigt sont les lignes formant les limites de deux territoires nerveux voisins. D'après certains auteurs, ces lignes seraient le siège de certaines éruptions (noëvi en bandes et dermatoneuroses linéaires). M. HALLOPEAU a fait plusieurs communications tendant à montrer que cette théorie est infirmée dans un grand nombre de cas, tout en reconnaissant cependant que quelques observations semblent parfaitement s'y adapter. En essayant de rattacher les observations du Lichen, plan zoniforme en particulier, à cette théorie des lignes de Voigt, nous avons constaté que presque toutes les observations la rendaient insoutenable.

3^e *Théorie métamérique*. — Enfin, nous arrivons à la théorie métamérique. C'est celle qui a été défendue par BRISSAUD (in Leçons sur les maladies nerveuses, 1899). Le Lichen plan zoniforme serait dû souvent d'après lui à des troubles des étages spinaux ou myélomères ; cette théorie expliquerait les cas dans lesquels le Lichen plan occupe plusieurs nerfs d'étage radiculaire différent. BRISSAUD conclut : « L'intervention des myélomères est d'autant moins douteuse que le Lichen, et en général toutes les éruptions lichénoïdes, apparaissent exclusivement chez des sujets entachés de névropathies ».

L'observation que nous avons recueillie dans le service de M. le Professeur GAUCHER, plaide en fa-

veur de la théorie de BRISSAUD, puisque c'est un cas de Lichen plan métamérique du membre inférieur. L'éruption reproduit les lésions de la première et deuxième paires sacrées (selon le schéma de Kocher).

En résumé, la pathogénie de Lichen plan zoniforme nous oblige à être éclectiques et à conclure que si on trouve des cas nombreux de cette affection dûs à des troubles trophiques soumis à la sphère d'influence d'un conducteur nerveux périphérique, il existe d'autres cas, plus rares, mais indéniables, pour lesquels la localisation semblerait être sous l'influence d'une racine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Histologiquement on trouve une prolifération embryonnaire de la couche superficielle du derme, mais cette prolifération est plus accentuée autour des vaisseaux, des glandes sudoripares et des follicules pileux, à tel point que ces deux derniers sont atrophiés par compression. La lésion a son point d'origine autour des vaisseaux (BALZER). Nous avons vu que l'ombilication était due à un conduit sudoripare « qui empêche la peau de se laisser soulever à ce niveau par la prolifération conjonctive » (GAUCHER); pour certains auteurs il faudrait voir là simplement la trace d'un follicule pileux. Quant à l'épiderme il est épaissi et son épaississement est dû à la prolifération interne de ces cellules.

DIAGNOSTIC

Nous allons maintenant passer en revue les différentes éruptions pouvant en imposer plus ou moins pour une variété zoniforme de Lichen plan.

I. **Zona.** — Ici l'erreur est difficilement possible; car le zona a des éléments vésiculeux reposant sur une base érythémateuse avec des troubles hyperesthésiques, des névralgies. Au stade vésiculeux succède un stade crouteux; les placards du zona sont plus larges avec entre eux des intervalles de peau saine, enfin il y a un état fébrile avec parfois des accidents gastriques. REBREYEND et LOMBARD ont rapporté un cas de coexistence des deux affections.

Il est toutefois intéressant de parler de diagnostic différentiel puisque dans l'observation de Monsieur DRUELLE que nous reproduisons plus loin on avait fait au début une erreur de diagnostic.

II. **Psoriasis.** — Les cas sont rares de psoriasis en bandes; cependant MM. THIBIERGE, HALLOPEAU

GASNE en ont rapporté des observations; mais alors la disposition n'était pas rubanée comme celle du Lichen; c'était une disposition en placards. Les squames au lieu d'être grisâtres comme pour le Lichen sont brillantes et nacrées, surelevées et saignent facilement. Enfin le psoriasis, à part quelques cas, ne donne pas lieu au prurit.

III. **Nœvi.** — On trouve des cas de nœvi disposés en bandes, mais ici encore pas de prurit, pas de troubles fonctionnels. Cependant le diagnostic peut devenir délicat pour certains cas de nœvi à aspect lichenoïde, d'autant plus que ces nœvi ne sont point toujours congénitaux mais peuvent apparaître au moment de l'adolescence.

IV. **Sclérodermie en bandes.** — M. le Professeur GAUCHER a publié un cas de sclérodermie en plaques, zoniforme, le long du nerf brachial cutané interne droit (« in Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux », 24 mai 1907).

BESNIER, KAPOSI, ROSENTHAL, BRAULT ont, eux aussi, rapporté des cas dans lesquels la sclérodermie affectait une distribution en bandes. Mais la sclérodermie ne provoque pas le prurit comme le lichen plan; de plus, elle est le siège d'un empâtement des téguments, d'un œdème dur qui ne permet pas de saisir la peau entre les doigts, ni de la mobiliser sur les plans sous-jacents. Enfin, le lichen plan zoniforme guérit le plus souvent, tandis que la sclérodermie a presque toujours une évolution fatale.

V. **Syphilis.** Le lichen plan zoniforme peut enfin être confondu avec la syphilide papuleuse en bandes (appelée improprement lichen syphilitique). Mais les cas d'éruptions syphilitiques en bandes sont très rares. Dans ces sortes d'éruptions, les papules « ont toujours une surface un peu arrondie et non aplatie comme celle du lichen plan ; elles n'ont pas d'ombilication centrale ; elles ne sont pas polygonales ; elles ont une coloration cuivrée ; enfin elles ne sont pas prurigineuses » (GAUCHER). (« In Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique » de MM. GILBERT et THOINOT.) Enfin les antécédents peuvent nous fixer sur la nature de l'éruption.

Nous publions une observation communiquée par M. le Docteur DRUELLE pour laquelle le diagnostic peut paraître hésitant ; nous verrons que l'éruption en bandes suit le même trajet que les éruptions de lichen plan zoniforme et qu'un examen sommaire pourrait faire poser ce dernier diagnostic ; cependant nous n'avons pas ici la papule typique du lichen de Wilson, car elle est arrondie et non ombiliquée à son centre ; de plus le prurit est insignifiant.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

DANLOS. — « Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie », 10 février 1898

Lichen plan sur une branche nerveuse

La malade est une jeune femme de 24 ans n'ayant d'autre antécédent morbide qu'une grave attaque de rhumatisme survenue il y a 2 ans (durée : 2 mois, le cœur ne semble pas avoir été touché).

Le début du lichen paraît remonter à 4 mois. Pendant plusieurs semaines l'éruption semblait limitée aux membres intérieurs. Depuis 15 jours l'éruption tend à se généraliser.

Sur le tronc elle est discrète et rappelle de très près l'aspect tigré de certaines roséoles en voie de disparition. Une particularité intéressante est la disposition rubanée que présentent les plaques de lichen à la cuisse droite. Sur la face postérieure de celle-ci depuis le pli fessier

jusqu'à la partie moyenne du mollet, les éléments se superposent en rubans suivant le trajet de la branche femoro-poplitée du nerf petit sciatique. Quelques plaques papuleuses sur la fesse et une à l'extrémité postéro-inférieure de la grande lèvre (face muqueuse) semblent indiquer la participation des autres rameaux du même nerf. D'ailleurs aucune sensation spéciale à ce niveau.

A l'aide d'une épingle on constate, il est vrai, une certaine hyperesthésie des plaques, mais celle-ci est nulle dans leurs intervalles et pas plus marquée sur les plaques de la cuisse que sur celles du tronc. Aucun élancement, aucune douleur limitée au trajet du rameau nerveux pas de trouble trophique autre que le lichen.

OBSEVATION II

HALLOPEAU et GARDNER. — « Bulletin de la société française de Dermatologie et Syphiligraphie, »
Année 1899.

Sur un cas de lichen de Wilson en bandes

Maurice M. âgé de 10 ans.

Il y a 2 mois apparition d'une éruption pour laquelle le malade entre à l'hôpital. Cette dermatose siège sur le membre inférieur gauche ; elle est disposée en une trainée verticale. Elle commence au milieu de la fesse descend d'abord directement puis, au niveau du pli fessier décrit une courbe à concavité interne, descend ensuite verticalement en s'élargissant jusqu'au creux poplité. A la jambe, cette trainée reparait à l'union des deux tiers

internes de la région, gagne obliquement le milieu du membre et descend jusqu'à cinq travers de doigt au dessus du talon. Au niveau de la fesse, on distingue trois autres trainées linéaires très incomplètes. Les lésions sont constituées par des papules polygonales, lisses, brillantes en différents points les éléments prennent un aspect circiné et sont entourés par un amas de papules confluentes on distingue quatre groupements de cette sorte à la partie postérieure de la cuisse ; il y en a un placard à la partie supéro-interne de la cuisse droite. Dans la région poplitée et en arrière de la malléole externe ainsi que dans le dos, on voit des groupes de lichen de Wilson. Il n'y a plus de démangeaisons.

OBSERVATION III (personnelle)

prise dans le service de M. le professeur GAUCHER (salle Henri IV), mars 1906. Hôpital St-Louis. N° 6.944.

Lichen plan métamérique du membre inférieur.

C. Alexandrine, 40 ans. La malade a eu une tumeur blanche dans sa première enfance ; elle a des cicatrices de fistules au genou droit. Elle a eu un lichen plan il y a 20 ans.

Début actuel. — Il y a un an : développement sur la face externe et postérieure des cuisses et des jambes, des papules, petites, violacées, dures au toucher, très prurigineuses au début. Puis, se sont formées des ulcérations superficielles suintantes de forme ronde, localisées en différents points du membre inférieur. Actuellement, ces

ulcérations sont cicatrisées, et les cicatrices sont lisses et arrondies. Il subsiste à la face externe de la jambe gauche, 4 grosses ulcérations peu profondes, circulaires, de dimension différente, d'aspect gommeux, datant de six mois. La forme arrondie des ulcérations, la teinte des cicatrices est en faveur de la syphilis. Cependant, certains éléments sont nettement lichenoïdes.

Le lichen plan a une distribution symétrique bilatérale ; de plus il occupe le territoire cutané correspondant à la première et à la deuxième racine sacrée (selon le schéma de Kocher) il a donc une disposition métamérique. Elle est typique à droite.

Traitement d'épreuve.— Injections de benzoate de mercure. La malade sort le 5 avril 1906 ; ses ulcérations sont cicatrisées.

2^e séjour. — 2 mai 1908. Depuis un mois, les lésions ulcéreuses se sont développées de nouveau ; sur la face postéro-externe de la jambe gauche on voit un vaste placard formé par la confluence des ulcérations très superficielles, suintantes, recouvertes de squames épaisses. Les ulcérations sont très irrégulières de contour.

A la périphérie de ce placard, lésions croûteuses et papulo-squameuses plus petites, siégeant surtout à la partie antérieure de la jambe gauche ; quelques éléments à la face interne de la cuisse.

Une traînée d'éléments érosifs et squameux développés en bande de 15 centimètres environ, siège sur la face externe de la cuisse. Rien à la partie postérieure. A la partie inférieure et antérieure de la jambe gauche on trouve encore des lésions très nettes de lichen corné. A droite, lésions semblables mais plus discrètes siégeant surtout à la face externe de la jambe. Toutes ces lésions

sont très prurigineuses. Sortie le 28 mai 1908 en état de guérison.

3^e séjour. — 2 octobre 1908. Les lésions ont reparu peu de jours après la sortie du service. On voit actuellement à droite : un lichen plan très prurigineux, développé surtout à la face postéro-interne de la cuisse et de la jambe, contrairement aux poussées antérieures. A gauche, les ulcérations et lésions squameuses se sont reformées sur le même segment qu'auparavant : face postéro-externe de la jambe. Placard étendu, rouge vif, couvert de squames épaisses.

Il y a une trainée d'éléments lichenoïdes à la face externe de la cuisse gauche. Rien au tronc ni à l'abdomen.

On traite la malade par les pansements humides et elle sort guérie le 4 décembre 1908.

OBSERVATION IV

MINOT. — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie », Année 1909

Louise N... 46 ans, consultation de l'hôpital St-Louis 18 Mars 1909.

Cette femme qui n'a jamais été atteinte d'éruption cutanée a eu a plusieurs reprises des attaques de rhumatisme articulaire aigu. Elle n'est pas spécialement nerveuse et en ces derniers temps n'a eu ni chagrins, ni trouble moral quelconque.

Il y a trois mois apparut sur le genou droit une éruption rouge non pruriginisée qui s'effaça et reparut en même temps que se produisait une éruption à la région

sous mammaire. On voit encore sur la partie supérieure de la jambe droite représentant une sorte d'anneau entourant la rotule trois groupes éruptifs constitués par des éléments rouges ou rosés tirant par place sur le brun, à peine saillants, très légèrement desquamants par place, larges comme des lentilles.

A la région sous-mammaire on voit sur une zone de forme générale rectangulaire à grand axe transversal des éléments papuleux de dimensions variées ou plutôt des groupes de forme irrégulière et de dimensions variées constitués par des papules rouges et brillantes. Après un examen attentif on constate que ces papules légèrement saillantes, de forme polygonale de la dimension d'une tête d'épingle présentent à leur surface de très légères squames adhérentes et quelques unes sont déprimées à leur centre : on voit sur certains groupes en tirant la peau un fin réseau grisâtre.

A la palpation les éléments sont manifestement infiltrés. La zone éruptive forme une bande de 2 à 3 centimètres de haut à sa partie interne plus étroite à sa partie externe où elle se réduit à une ligne sinueuse. Elle correspond au 6^e espace intercostal et à la 6^e côte ; elle commence à 2 centimètres de la ligne médiane se dirige d'abord horizontalement sur une longueur de 6 à 7 centimètres puis se relève par son extrémité effilée en se dirigeant vers l'aisselle dont l'élément le plus externe reste distant de 2 à 3 centimètres. Il n'existe aucun élément éruptif de la région correspondante du dos et cela donne à l'affection sa caractéristique zostériforme. On trouve sur le bras gauche cinq groupes isolés constitués chacun par 2 ou 3 éléments de papules présentant exactement les mêmes caractères que celles de la région sous-mam-

maire : ces groupes sont disposés suivant une ligne à direction verticale parallèle au bord interne du biceps à 1 centimètre en dehors de celui-ci. Ces diverses lésions sont le siège d'un léger prurit. Le 26 avril les éléments du thorax ont un peu diminué de largeur. On voit au devant du grand pectoral une trainée d'éléments isolés et de petite dimension aboutissant au creux de l'aisselle et s'infléchissant sur la paroi antérieure de ce creux, à angle droit avec quelques éléments également disposés en trainées, qui continue la ligne formée par les éléments du bras. Ceux-ci devenus plus nombreux forment une bande presque continue de 4 millimètres de haut suivie d'un petit prolongement linéaire qui descend jusqu'à environ un travers de doigt du pli du coude.

OBSERVATION V

MM. BALZER et GUÉNOT. — « Bulletin de la Société française de Dermatologie, 4 novembre 1909.

R..., terrassier, âgé de 57 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 19 octobre 1909 pour une dermatose ayant débuté en avril dernier et développée sur une peau antérieurement saine. R..., n'a jamais eu d'autre maladie qu'un érysipèle dans sa jeunesse.

La lésion élémentaire est constituée par de petites papules rosées ou jaunâtres, brillants, polygonales, faisant un léger relief avec des orifices glandulaires élargis et formant un piqueté nettement visible à la loupe ; les stries de Wickham ne sont pas nettement visibles. Ce lichen siège au thorax, aux avant-bras et aux membres

inférieurs, mais avec des aspects différents selon ces régions.

Il n'y a que quelques papules discrètes et isolées dans la région sternale, d'autres plus nombreuses, mais toujours isolées les unes des autres aux avant-bras et localisées d'une façon symétrique presque uniquement à la partie cubitale de leur face antérieure. C'est surtout aux membres inférieur que l'éruption est marquée. Les papules de lichen toujours pour la plupart isolées les unes des autres recouvrent la plus grande partie de la face antérieure des jambes jusqu'aux genoux respectant les cuisses.

Mais c'est à la face postérieure et surtout à gauche que l'affection prend un type particulier. Là, elle revêt dans son ensemble, si on fait abstraction des papules aberrantes, l'aspect d'une longue bande mince en haut, plus large en bas, allant de la région lombaire jusqu'au pied. Cette bande est formée de papules alignées en chaîne ; elle est à peu près discontinue depuis la partie supérieure de la cuisse jusqu'au sommet du creux poplité.

Elle a au plus 1 ou 2 centimètres de large et est située à la cuisse au dedans de la ligne médiane. A la cuisse, cette ligne est doublée sur sa partie interne et à quelques centimètres par une seconde ligne parallèle et de même aspect mais un peu moins accusée et ne commençant qu'au pli fessier pour cesser un peu au dessus du creux poplité. Au jarret les éléments sont plus espacés. Ils sont au contraire beaucoup plus abondants, plus serrés au niveau du mollet et par cela même par suite du plus grand étalement en largeur, la disposition linéaire est bien nette. Quelques éléments ont la forme annulaire. On peut distinguer deux bandes l'externe étant la plus large et

gagnant la malléole externe. Là l'éruption est tout à fait confluyente, en placard, le derme est épaissi verruqueux. C'est là qu'a débuté la dermatose qui a ensuite gagné la racine du membre. Puis des éléments moins nombreux et de nouveaux isolés traversent obliquement la face dorsale du pied, de la malléole externe à la base du gros orteil, disposés en forme de lignes qui continue celle de la jambe.

A droite les lésions sont moins marqués ; il y a d'assez rares papules à la cuisse, mais pourtant toutes situées le long d'une bande symétrique à celle du côté gauche. Le creux poplité est indemne. Le mollet présente des papules peu confluentes que l'on peut considérer comme rangées sur une série de lignes longitudinales parallèles dues sans doute au grattage. Elles sont plus nombreuses à la partie interne. Sur la face dorsale du pied les éléments sont moins nombreux et moins systématisés qu'à gauche.

Avant son entrée à l'hôpital, l'affection était assez prurigineuse. Les démangeaisons ont disparu depuis les applications de pommade. Les papules ont commencé à s'affaïsser et dans les points où elles étaient très discrètes, vu thorax par exemple, elles ne sont presque plus apparentes. Nous avons fait prendre au malade de l'adrénaline en solution au millième, dans les mêmes conditions qu'à nos malades atteints de dermatite polymorphe. Ce traitement n'a pas paru agir nettement et nous l'avons remplacé par la médication arsenicale.

OBSERVATION VI

communiquée à nous par M. le D^r DRUELLE.

Lichen plan zoniforme développé sur le membre inférieur gauche.

Mme X..., 47 ans. Vient consulter le 19 octobre 1911.

Pas d'antécédents pathologiques, pas d'antécédents héréditaires.

La malade est une arthritique qui souffre depuis dix ans déjà de douleurs articulaires.

Depuis deux mois environ, elle présente sur le membre inférieur gauche une éruption très prurigineuse. Les lésions sont disposées en bandes partant de la ligne médiane du creux poplité ; elles suivent la partie médiane de la face postérieure de la jambe dans toute sa hauteur ; au niveau des malléoles, cette bande s'infléchit en dehors pour gagner le bord externe du pied qu'elle suit jusqu'à la racine du cinquième orteil. En certains points, cette bande éruptive, qui a une largeur moyenne de 1 à 3 centimètres suivant les points, est constituée par des papules isolées qui sont nettement des papules de lichen plan typique : c'est-à-dire des papules polygonales, la plupart ombiliquées et qui présentent une teinte blanchâtre en certains points. En d'autres endroits, l'éruption est constituée par des placards rougeâtres et squameux, autour desquels se trouvent des papules avec les caractères ci-dessus.

Certains éléments sont déjà en voie de rétrocession et tendent à disparaître en laissant une macule pigmentée.

Il existe des varices des deux jambes. On ne trouve aucun élément éruptif sur les téguments en dehors de la jambe gauche. Rien dans la bouche.

Traitement. — Glycérolé tartrique ; liqueur de Fowler et douches tièdes.

En mars 1913, l'éruption peut être considérée comme guérie après des applications de courant de haute fréquence.

Il persiste simplement une bande pigmentaire bruna-tre au siège ci-dessus.

OBSERVATION VII

communiquée à nous par M. le Dr DRUELLE.

Eruption papuleuse lichénoïde en bande du membre inférieur gauche chez un syphilitique.

M. X..., 41 ans. Vient consulter le 11 février 1913.

A eu la syphilis en juin 1913 : chancre de la verge suivi de roséole ; a été traité au début par 30 injections ne sels mercuriels solubles (probablement bi-iodure de mercure). Ensuite une série de 20 piqûres d'hectine ; puis trois injections de 606, dont le malade ne peut préciser les doses.

En mai 1911, on fait un Wassermann négatif.

En octobre 1912, nouveau Wassermann négatif.

En novembre 1912, début d'une éruption de la jambe gauche qualifiée de zona et pour laquelle le malade vient consulter.

Actuellement (11 février 1913), le malade présente une

éruption en bande de la face postérieure de la jambe gauche; on ne trouve rien sur le reste des téguments, rien dans la bouche ni autres muqueuses. Les réflexes rotuliens et pupillaires sont normaux; il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Il vient d'être fait il y a quelques jours un nouveau Wassermann encore négatif.

L'éruption du membre inférieur gauche est une éruption maculo-papuleuse qui n'a jamais été vésiculeuse; donc le diagnostic de zona, posé d'abord, doit être éliminé. Cette éruption est constituée par une bande étroite, de 1 à 2 centimètres de largeur qui part de la face postérieure de la cuisse vers la partie supérieure, qui occupe la ligne médiane, traverse le creux poplité et se continue sur la face postérieure de la jambe, toujours sur la ligne médiane où elle se termine au-dessus de la ligne bi-malléolaire.

Cette éruption a été primitivement papuleuse et les macules sont consécutives aux papules. Les macules sont des taches pigmentées brunâtres. Les papules sont arrondies, rougeâtres (non cuivrées); la plupart sont faiblement squameuses; au grattage il y a peu de squames et on n'observe point les phénomènes habituel du grattage produit sur le psoriasis. D'autre par ces papules ne sont pas polygonales; elles n'ont pas d'ombilication; elles sont très faiblement infiltrées. Il existe un prurit local peu intense,

Depuis que cette éruption existe il a été fait 2 séries de 20 injections de 2 centigrammes de boiidure de Mercure qui n'ont pas eu d'action nette sur son évolution et l'on peut dire qu'actuellement la plupart des éléments constitutifs sont en pleine activité.

Le *diagnostic* de cette éruption est difficile à poser de façon précise ; il ne s'agit point de psoriasis, ni de lichen plan, dont les papules ne présentent pas tous les caractères. S'agit-il d'une syphilide papuleuse en bandes : ce diagnostic paraît être le plus probable ; néanmoins, l'aspect des papules ne reproduit pas l'aspect habituel des papules syphilitiques, elles ne sont pas cuivrées et n'ont pas d'infiltration. D'autre part il faut remarquer que 2 séries de 20 injections de sels mercuriels n'en ont pas amené la guérison.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution du Lichen plan est lente, procède par poussées successives ; elle est soumise à l'état de nervosité du sujet et le grattage contribue pour une grande part à son extension.

C'est une maladie tenace, mais il faut savoir qu'elle guérit presque toujours, c'est pourquoi on ne doit pas désespérer dans le traitement qu'on doit varier autant que possible jusqu'à ce qu'on obtienne un résultat. Jamais on ne voit se déclarer de troubles généraux graves au cours du lichen plan. Tous les troubles dont se plaignent les malades sont liés à leur état de neuro-arthritisme et non à leur affection elle-même.

TRAITEMENT

Le traitement du Lichen plan est interne et externe. A l'intérieur, il consiste à donner des doses progressives d'arsenic pendant plusieurs mois. On peut administrer, soit la Liqueur de Fowler, depuis quatre jusqu'à vingt gouttes par jour en augmentant progressivement de deux gouttes par jour ou encore l'arseniate de soude depuis 4 milligrammes jusqu'à 1 centigramme par jour, par doses progressives.

Kaposi donne quelquefois la liqueur de Fowler par la voie sous-cutanée.

Avant tout il faut surveiller ce traitement à l'arsenic, car il peut conduire à l'arsenicisme. D'ailleurs la méthode anglaise bât en brèche le traitement arsenical ; elle prétend même qu'il est pernicieux dans les formes aiguës de la maladie.

L'hygiène alimentaire est celle des neuro-arthritiques en général : suppression du café, du thé, des

liqueurs, du vin pur, des aliments fermentés et faisandés etc.

Le traitement externe comprend le traitement médicamenteux, le traitement hydrothérapique et le traitement électrique.

I. Traitement médicamenteux. — On peut employer les onctions à l'huile de cade ou encore au glycèrole tartrique d'amidon que Vidal croyait spécifique de la maladie.

Voici la formule : $\left\{ \begin{array}{ll} \text{Acide tartrique.....} & 1 \text{ gr.} \\ \text{Glycèrole d'amidon à la} & \\ \text{glycérine neutre.....} & 20 \text{ gr.} \end{array} \right.$

II. Traitement hydrothérapique. — On prescrira l'hydrothérapie tiède à 35° ; la douche ne devra pas durer plus de 5 minutes et on l'ordonnera de préférence sous forme de pluie car dans ce cas elle est particulièrement sédative.

III. Traitement électrique. — Ce traitement devra être tenté dans toutes les formes de lichen plan mais il faudra s'en abstenir dans les formes aiguës, on l'emploiera sous forme de courants à haute fréquence ; on obtient souvent de très bons résultats (Voir observation communiquée par M. le docteur DRUELLE.)

Dans le Lichen plan aigu ou prescrira simplement l'emploi de compresses humides permanentes sur l'éruption.

Stations thermales. — Si le malade est fortuné on peut lui conseiller les eaux arsenicales de la Bourboule ; pour ce qui regarde les troubles nerveux Nérès, Bagnères de Bigorre, Luxeuil lui seront particulièrement recommandés !

CONCLUSIONS

Le Lichen plan zoniforme est une affection cutanée relativement rare, qui atteint plus particulièrement les tempéraments neuro-arthritiques.

Nous avons vu que l'étiologie et la pathogénie donnent encore lieu à des discussions qui n'ont pas reçu une solution définitive.

Le diagnostic en est assez facile quand on se base à la fois, sur l'aspect de l'éruption qui est typique et sur les antécédents.

Enfin le traitement donne des résultats presque toujours positifs, dans un temps plus ou moins éloigné ; il faut procéder par tâtonnement et savoir varier le traitement, quand on n'obtient pas de résultats avec la médication ordonnée.

Vu : *Le Président de thèse,*
E. GAUCHER.

Vu : *Le Doyen,*
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

REBREYEND et LOMBARD. — Psoriasis superposé à un ancien zona. *Progrès Médical*, décembre 1896.

HALLOPEAU. — Des nævi. *Progrès Médical*, 1891.

THIBIERGE. — Psoriasis avec localisations suivant des sphères de distribution nerveuse. Société française de dermatologie, 1898.

HALLOPEAU. — Du lichen de Wilson. Société Médicale, 8 décembre 1897.

CONTENSOUX. — De la métamérie du système nerveux et des localisations métamériques. Paris 1900.

DANLOS. — Lichen plan sur branche nerveuse. Société française de Dermatologie, 1898.

HALLOPEAU et CONTENSOUX. — Deux cas de dermatoses en ruban du membre inférieur. Société française de Dermatologie.

E. GAUCHER. — Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique. Gilbert et Thoinot.

BALZER et MERCIER. — Trophonévrose lichénoïde en bande linéaire sur le trajet du nerf petitsciatique. Société de Dermatologie, 1898.

HALLOPEAU et LEREDDE. — Traité pratique de Dermatologie.

DJELADEDDIN MUKTAR. — *Semaine Médicale*, 1890.

E. GAUCHER. — Maladies de la peau, 1909.

BARBE. — Diagnostic et traitement des Maladies de la peau. Préface de M. le professeur Gaucher, 1901.

MINOT. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1909.

BALZER et GUÉNOT. — *Bulletin de la Société française de Dermatologie*, novembre 1909.

Ernest BESNIER, L. BROCCQ, L. JACQUET. — La Pratique dermatologique.

1-1

O.P.